EB30-CI-20.005



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL

CADERNO DE INSTRUÇÃO PARA PADRONIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E DAS OPME PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO GINECOLÓGICO PRESTADO PELO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO

1ª Edição
2025

EB30-CI-20.005



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL

CADERNO DE INSTRUÇÃO PARA PADRONIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E DAS OPME PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO GINECOLÓGICO PRESTADO PELO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO

1ª Edição
2025



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL
(Diretoria Geral do Pessoal/1860)
DEPARTAMENTO BARÃO DE SURUHY

PORTARIA - DGP/C Ex Nº 542, DE 6 DE AGOSTO 2025

Aprova o Caderno de Instrução para Padronização dos Procedimentos e das OPME para o Tratamento Cirúrgico Ginecológico Prestado pelo Sistema de Saúde do Exército Brasileiro (EB30-CI-20.005), 1ª Edição, 2025.

O **CHEFE DO DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL**, no uso das atribuições que lhe conferem o previsto no art. 12 do anexo I do Decreto nº 5.751, de 12 de abril de 2006, combinado com a delegação de competência que lhe foi conferida pelo art. 44 das Instruções Gerais para as Publicações Padronizadas do Exército (EB10-IG-01.002), 1ª Edição, 2011, aprovadas pela Portaria do Comandante do Exército nº 770, de 7 de dezembro de 2011, de acordo com o inciso II do art. 9º do Regulamento do Departamento-Geral do Pessoal (EB10-R-02.001), 2ª Edição, 2023, aprovado pela Portaria do Comandante do Exército nº 2.031, de 2 de agosto de 2023, e considerando o que consta nos autos do Processo Administrativo nº 64485.013528/2023-21, resolve:

Art. 1º Fica aprovado o Caderno de Instrução para Padronização dos Procedimentos e das OPME para o Tratamento Cirúrgico Ginecológico Prestado pelo Sistema de Saúde do Exército Brasileiro (EB30-CI-20.005), 1ª Edição, 2025.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor em 25 de agosto de 2025.

General de Exército JOÃO CHALELLA JÚNIOR
Chefe do Departamento-Geral do Pessoal

(Publicado no Boletim do Exército nº 34, de 22 de agosto de 2025)

FOLHA REGISTRO DE MODIFICAÇÕES (FRM)

NÚMERO DE ORDEM	ATO DE APROVAÇÃO	PÁGINAS AFETADAS	DATA

ÍNDICE DE ASSUNTOS

		Pág
CAPÍTULO I - GENERALIDADES		
1.1	Considerações Iniciais	1-1
1.2	Objetivos do Caderno de Instrução	1-1
1.3	Revisão	1-1
1.4	Composição da Câmara Técnica (CT) de Ginecologia do Exército Brasileiro	1-2
1.5	Normas Gerais	1-2
1.6	Valor dos honorários médicos para os atos cirúrgicos	1-3
CAPÍTULO II - DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA GENITÁLIA FEMININA		
2.1	Autorização para Vulvectomia	2-1
2.1.1	Bases Técnicas	2-1
2.1.2	Especificação e Quantidade	2-2
2.1.3	Caráter do procedimento	2-2
2.1.4	Exames Comprobatórios	2-2
2.1.5	Honorários Admissíveis para Vulvectomia - CBHPM	2-2
2.2	Autorização para Colpectomia e Colpoplastia	2-2
2.2.1	Bases Técnicas	2-2
2.2.2	Especificação e Quantidade	2-2
2.2.3	Caráter do procedimento	2-3
2.2.4	Exames Comprobatórios	2-3
2.2.5	Honorários Admissíveis para Colpectomia e Colpoplastia - CBHPM	2-3
2.3	Autorização para Procedimentos no Útero	2-3
2.3.1	Bases Técnicas para Cirurgias de Miomectomia, Histerectomia, Traquelectomia e Histeroscopia	2-3
2.3.2	Especificações e Quantidade	2-5
2.3.3	Caráter do procedimento	2-6
2.3.4	Exames Comprobatórios	2-6
2.3.5	Honorários Admissíveis para Histerectomia, Histeroscopia, Miomectomia e Traquelectomia - CBHPM	2-6
2.3.6	Associação de Códigos	2-7
2.4	Autorização para Cirurgias de Endometriose	2-7
2.4.1	Bases Técnicas para Cirurgias de Endometriose	2-7
2.4.2	Honorários Admissíveis para Endometriose Peritoneal - CBHPM	2-9
2.4.3	Honorários Admissíveis para Endometriose Profunda - CBHPM	2-10
2.4.4	Associação de Códigos	2-11
2.4.5	Especificação e Quantidade	2-11
2.4.6	Caráter do procedimento	2-12
2.5	Autorização para Cirurgias nas Tubas Uterinas	2-12
2.5.1	Bases Técnicas para Cirurgias nas Tubas Uterinas	2-12
2.5.2	Honorários Admissíveis para o Tratamento Cirúrgico das Tubas Uterinas – CBHPM	2-13
2.5.3	Especificação e Quantidade	2-13
2.5.4	Caráter do Procedimento	2-13
2.6	Autorização para Cirurgias Ovarianas	2-13
2.6.1	Bases Técnicas para Cirurgias Ovarianas	2-13
2.6.2	Especificação e Quantidade	2-14

2.6.3 Caráter do Procedimento.. 2-14
2.6.4 Honorários Admissíveis para Cirurgias Ovarianas - CBHPM.. 2-14
REFERÊNCIAS

CADERNO DE INSTRUÇÃO PARA PADRONIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E DAS OPME PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO GINECOLÓGICO PRESTADO PELO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1.1 A Diretoria de Saúde instituiu o Grupo de Trabalho (GT) para a elaboração deste Caderno de Instrução que servirá de base para as autorizações de procedimentos a serem executados em beneficiários do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro (SSEx), além de contribuir para o processo de racionalização e economicidade na aquisição dos Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) ora denominadas Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

1.1.2 As reuniões foram realizadas na Diretoria de Saúde (D Sau) para elaboração deste Caderno com revisão de citações bibliográficas, artigos e periódicos científicos e experiências pessoais, por uma comissão de membros titulares subespecialistas designados pela Diretoria de Saúde, além dos representantes oficializados pela Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP), Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e Conselho Federal de Medicina (CFM).

1.1.3 A partir de um texto básico referencial, os participantes, agregados em grupo de trabalho, somaram contribuições, correções e recomendações aprovadas em consenso, que permitiram a edição deste texto editorial. Em diferentes momentos, foram realizadas buscas a referências cruzadas e a artigos relacionados mais relevantes, como metanálises, revisões sistemáticas e estudos multicêntricos clássicos.

1.1.4 Procurou-se estudar trabalhos relevantes de autores brasileiros, estudos multicêntricos através de revistas e periódicos de notoriedade internacional. Este Caderno é a primeira versão original do referido consenso, revisada e adaptada para formatação recomendada pela Comissão Técnica do Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina.

1.2 OBJETIVOS DO CADERNO DE INSTRUÇÃO

O presente Caderno de Instrução tem por objetivos:

1.2.1. Padronizar os critérios de indicação dos procedimentos e as OPME, bem como as respectivas quantidades de OPME e os honorários médicos admissíveis para o tratamento cirúrgico ginecológico prestado pelo Sistema de Saúde do Exército (SSEx); e

1.2.2. Subsidiar o médico assistente e os membros da auditoria interna e externa para as autorizações dos procedimentos e das OMPE utilizadas no tratamento cirúrgico ginecológico prestado pelas Organizações Militares de Saúde e pelas Organizações Civis de Saúde (OCS) conveniadas ou credenciadas do Sistema de Saúde do Exército (SSEx).

1.3 REVISÃO

- A D Sau revisará a cada 02 (dois) anos, ouvindo a Câmara Técnica de Ginecologia do Exército Brasileiro, as orientações descritas neste Caderno de Instrução.

1.4 COMPOSIÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA (CT) DE GINECOLOGIA DO EXÉRCITO BRASILEIRO

a) Maj Med José Antônio **DI PIERRO**

b) Cap Med **FABIA** Lopes Borelli de Moraes

c) Cap Med Josy **MARÍLIA** Rosa Oliveira

1.5 NORMAS GERAIS

1.5.1 As solicitações de procedimentos devem ser realizadas e submetidas aos membros da auditoria interna e externa, e seguirão a última versão vigente da Norma Técnica sobre Auditoria Médica no Âmbito do Exército Brasileiro (NAuMEx).

1.5.2 Os códigos de procedimentos considerados como excludentes/incompatíveis são tratados no presente Caderno de Instrução.

1.5.3 São considerados excludentes os procedimentos cuja solicitação/execução concomitante é incompatível com o procedimento principal ou é passo cirúrgico ou é variação técnica do principal.

1.5.4 As solicitações de procedimentos e OPME (Órteses, próteses e materiais especiais) emitidas em favor dos beneficiários do SSEx respeitarão os protocolos e a NAuMEx, bem como os estudos de MBE (Medicina Baseada em Evidências) e/ou resoluções de órgãos regulamentadores (CFM, ANS, ANVISA e outros), primando pela qualidade na assistência médica.

1.5.5 A adoção de novas tecnologias na área de Urologia deverá ser tratada de forma individualizada e, se incorporada, irá constar nas futuras atualizações do presente Caderno de Instrução.

1.5.6 Caracteriza-se como nova tecnologia qualquer novo procedimento, técnica, indicação de uso, equipamento, exame, órtese, prótese, dispositivo e medicamento ainda não descrito no presente Caderno de Instrução.

1.5.7 O ato cirúrgico consiste na execução de todas as etapas necessárias para a completa realização do procedimento principal.

1.5.8 Não são admitidos como honorários médicos adicionais e/ou sequenciais os procedimentos adicionais e as reconstruções anatômicas que fazem parte do ato cirúrgico principal.

1.5.9 Procedimentos adicionais, solicitados sob a forma de códigos segmentados, que no conjunto configuram um procedimento principal, serão considerados excludentes e, portanto, não serão liberados.

1.5.10 Não haverá a remuneração para reconstruções anatômicas associadas a cirurgias de grande porte que fazem parte da mesma, como por exemplo:

a) Histerectomia radical; e

b) Síntese do fundo vaginal é considerada etapa do procedimento principal e está contemplada na remuneração do ato principal.

1.6 VALOR DOS HONORÁRIOS MÉDICOS PARA OS ATOS CIRÚRGICOS

1.6.1 Nos atos cirúrgicos múltiplos, quando há intervenção em vários órgãos ou regiões utilizando-se uma mesma via de acesso, ou seja, a mesma incisão cirúrgica ou mesmo orifício natural, o valor dos honorários médicos corresponderá à somatória de valores, sendo 100% (cem por cento) do valor para o procedimento principal e de 50% (cinquenta por cento) do valor para os demais procedimentos (sequenciais), desde que não haja um código específico (e valor pré-definido) para o conjunto dos procedimentos.

1.6.2 Quando houver procedimentos múltiplos, por diferentes vias de acesso (incisões ou orifícios naturais), o valor dos honorários médicos corresponderá à somatória de valores, sendo 100% (cem por cento) do valor do procedimento principal e de 70% (setenta por cento) do valor para os demais procedimentos, desde que não haja um código específico (e valor pré-definido) para o conjunto dos procedimentos.

1.6.3 Em situações de cirurgias bilaterais~~,~~ serão aplicadas as mesmas regras.

1.6.4 Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído o valor de acordo com o(s) procedimento(s) de cada equipe, obedecendo as regras definidas para as vias de acesso anteriormente descritas.

CAPÍTULO II

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA GENITÁLIA FEMININA

2.1 Autorização para Vulvectomia

2.1.1 Bases Técnicas

2.1.1.1 O câncer de vulva corresponde a menos de 1% (um por cento) das neoplasias malignas da mulher e de 3% (três por cento) a 5% (cinco por cento) dos tumores genitais femininos. A maior incidência notificada ocorreu em Recife, Brasil, com 6,9 (seis vírgula nove) casos por 100.000 (cem mil) mulheres ao ano. Em São Paulo, através dos atestados de óbito, foram registrados 3,6 (três vírgula seis) casos por 100.000 (cem mil) mulheres ao ano. (Verdiani, Juliato, Derchain, 1997).

2.1.1.2 O tipo histológico mais frequente é o carcinoma epidermoide, responsável por 75% (setenta e cinco por cento) a 90% (noventa por cento) dos casos. (Verdiani, Juliato, Derchain, 1997). A incidência da neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) quase duplicou nas últimas duas décadas, passando de 1,2 (um vírgula dois) a 2,1/100.000 (dois vírgula um por cem mil) mulheres-ano, e quase triplicou no grupo de pacientes com idade inferior a 35 (trinta e cinco) anos. (FEBRASGO, 2020-2023).

2.1.1.3 Para o diagnóstico, temos como sintoma mais frequente da NIV o prurido vulvar de grau variado, em cerca de 60% (sessenta por cento) a 70% (setenta por cento) das pacientes, e em 20%(vinte por cento) é assintomática. A NIV Papilomavírus Humano (HPV) induzida é multicêntrica, com envolvimento cervical e perianal em aproximadamente 50% (cinquenta por cento) dos casos. 60% (sessenta por cento) a 80% (oitenta por cento) das pacientes são tabagistas. Anteriormente, era denominada de NIV condilomatosa ou basalóide, que mudou para NIV usual e, atualmente, passou a ser referida como lesão intraepitelial escamosa de alto grau. A NIV diferenciada que ocorre em pacientes acima de 55 (cinquenta e cinco) anos é, na maioria das vezes, sem relação com o HPV. Corresponde a 10% (dez por cento) dos casos de NIV e apenas 25% (vinte e cinco por cento) das pacientes são tabagistas. Em geral, está associada a líquen escleroso, manifestando-se como lesão única, ou seja, unifocal. É responsável por 80% (oitenta por cento) dos casos de câncer invasivo de vulva em pacientes mais idosas não tratadas. Para o diagnóstico, são necessários anamnese, exame físico geral e exame ginecológico: colo do útero, vagina e genitália externa. (FEBRASGO, 2020-2023).

2.1.1.4 A aparência clínica da lesão vulvar é variável. Pode ser unifocal ou multifocal; de coloração branca, cinza, vermelha ou marrom; com superfície lisa, áspera ou micropapilar; com grau variável de acetobranqueamento e alteração vascular (FEBRASGO, 2020-2023).

2.1.1.5 Pode ser realizada vulvoscopia utilizando-se lupas dermatológicas ou colposcópio com lentes de menor aumento que ajudam a escolher os locais a serem biopsiados. As lesões não apresentam as mesmas imagens colposcópicas do colo uterino. O diagnóstico definitivo é obtido por meio do estudo histopatológico de biópsia e podem ser únicas ou múltiplas. (FEBRASGO, 2020-2023).

2.1.1.6 A lesão NIV I não requer tratamento, é considerada HPV na classificação atual, porque não está estabelecido seu risco oncológico, deve ser acompanhada e, no caso de dúvida quanto à sua evolução, está indicado um novo estudo histopatológico. O tratamento da NIV II ou III deve ser individualizado e depende da idade da paciente e das características clínicas das lesões. Recomenda-se imiquimode a 5% (cinco por cento) para NIV usual em pacientes jovens. A exérese da lesão está indicada nos casos de doença unifocal; vulvectomia superficial em pacientes jovens com doença multifocal; vulvectomia simples para pacientes idosas, com lesões extensas, cuja finalidade é descartar doença invasiva oculta,

ressaltando a importância das margens cirúrgicas de 1 (um) cm. (FEBRASGO, 2020-2023).

2.1.1.7 O tratamento padrão instituído para o câncer de vulva em estádio inicial é o cirúrgico, constituído por excisão radical do tumor associado à linfadenectomia inguinofemoral de acordo com o estadiamento determinado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).

2.1.2 Especificação e Quantidade

- Não se aplica uso de OPME.

2.1.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo, não se aplicando o caráter de urgência.

2.1.4 Exames Comprobatórios

- Relatório médico detalhando quadro clínico e exame físico associado a biópsia e resultado de anátomo patológico.

2.1.5 Honorários Admissíveis para Vulvectomia – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM):

Código	Procedimentos
3.13.01.06-1	Excisão radical local da vulva (não inclui linfadenectomia)
3.13.01.08-8	Exérese de lesão de vulva e/ou períneo (por grupo até 5 lesões)
3.13.01.12-6	Vulvectomia ampliada (não inclui linfadenectomia)
3.13.01.13-4	Vulvectomia simples

Quadro 1 - Honorários Admissíveis para Vulvectomia

Obs.: Os casos omissos deverão ser submetidos à Câmara Técnica de Ginecologia do Exército Brasileiro.

2.2. Autorização para Colpectomia e Colpoplastia

2.2.1 Bases Técnicas

2.2.1.1 O prolapso genital tem etiologia multifatorial na qual estão associados fatores genéticos e ambientais. Os fatores de risco incluem envelhecimento, paridade, histerectomia, obesidade e constipação intestinal. Na população brasileira, os fatores de risco identificados foram parto vaginal, macrossomia fetal e história familiar positiva.

2.2.1.2 A Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA) atualizou a padronização dos sintomas de prolapso. Consideraram como queixas relacionadas aos prolapsos de órgãos pélvicos (POP) abaulamento vaginal, pressão pélvica ou suprapúbica, sangramento, corrimento e infecções relacionados às ulcerações, necessidade de manobras manuais para possível defecação ou micção e dor na região da coluna sacral. As condutas frente a um prolapso genital se dividem em cirúrgicas e clínicas. Na conduta clínica, há a possibilidade do uso de pessários vaginais e da abordagem fisioterápica. Na conduta cirúrgica, são descritas uma extensa variedade de intervenções, por diferentes vias de acesso, e uma complexa diversidade de materiais.

2.2.1.3 Observa-se que o prolapso genital é patologia de grande relevância. Tem elevada prevalência que tende a aumentar diante do envelhecimento populacional, configurando problema de saúde pública por seus custos elevados. Ainda assim, os desafios que se propõem na abordagem do prolapso passam pela falta de consenso sobre a melhor forma de conduzir os defeitos genitais, quer pela opção por terapias conservadoras ou pela escolha da técnica a ser empregada, levando-se em consideração as repercussões sobre as estruturas anatômicas diretamente envolvidas, bem como sua funcionalidade.

2.2.2 Especificação e Quantidade

- Não serão utilizadas OPME para colpectomia e/ou colpoplastia.

2.2.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo, exceto casos como hímen imperfurado e traumas que usualmente são realizados em caráter de urgência.

2.2.4 Exames Comprobatórios

- Relatório médico detalhando quadro clínico e exame físico.

2.2.5 Honorários Admissíveis para Colpectomia e Colpoplastia – CBHPM

Código	Procedimento
3.13.02.02-5	Colpectomia
3.13.02.03-3	Colpocleise (Lefort)
3.13.02.04-1	Colpoplastia anterior
3.13.02.05-0	Colpoplastia posterior com perineorrafia
3.13.02.06-8	Colporrafia ou colpoperineoplastia incluindo ressecção de septo ou ressutura de parede vaginal
3.13.02.10-6	Fístula ginecológica - tratamento cirúrgico
3.13.02.11-4	Himenotomia
3.13.02.12-2	Neovagina (cólon, delgado, tubo de pele)

Quadro 2 - Honorários Admissíveis para Colpectomia e Colpoplastia

Obs.: Os casos omissos deverão ser submetidos à Câmara Técnica de Ginecologia do Exército Brasileiro.

2.3 Autorização para Procedimentos no Útero

2.3.1 Bases Técnicas para Cirurgias de Miomectomia, Histerectomia, Traquelectomia e Histeroscopia

2.3.1.1 A histerectomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentemente executados na atualidade. Ela é direcionada ao tratamento de diversas doenças. Além disso, é procedimento de baixa morbidade, com resultados confiáveis, sendo considerada segura. O diagnóstico responsável pela maioria das histerectomias, tanto no Brasil, quanto no resto do mundo, é o sangramento uterino secundário à leiomiomatose uterina~~.~~ (FEBRASGO, 2020-2023).

2.3.1.2 É estabelecido que os procedimentos por via laparoscópica, em comparação aos procedimentos por laparotomia, propiciam pós-operatórios menos dolorosos, com consequente menor utilização de analgésicos, menor perda sanguínea, menor período de internação hospitalar, menor período de convalescença com retorno mais rápido às atividades e menores índices de complicações operatórias a curto e longo prazo~~.~~ (FEBRASGO, 2020-2023).

2.3.1.3 Sempre que possível, a via laparoscópica poderá ser utilizada no tratamento de doenças benignas, pois as vantagens em relação à abordagem por laparotomia são evidentes, havendo um pós-operatório menos doloroso, com menor utilização de analgésicos e um retorno mais rápido às atividades. Contudo, a escolha entre a histerectomia total e a subtotal deve ser sempre individualizada, caso a caso, como qualquer outro procedimento médico. Não é admissível que se adote uma questão fechada a respeito, tanto para um lado, quanto para o outro. (FEBRASGO, 2020-2023).

2.3.1.4 Lesões cervicais ou endometriais malignas não deixam dúvidas quanto ao procedimento a ser escolhido. Todavia, em relação às lesões benignas, trata-se de um intrincado quebra-cabeça, no qual vantagens e desvantagens deverão ser avaliadas durante o ato cirúrgico, pois ambos os procedimentos

tendem a ter resultados iguais no seu seguimento. Caso seja optado por histerectomia subtotal, laparoscópica ou não, todas as pacientes devem ser orientadas quanto às possibilidades de sangramento vaginal cíclico residual, displasia cervical e da possibilidade rara da necessidade de traquelectomia do coto remanescente. (FEBRASGO, 2020-2023).

2.3.1.5 É importante salientar também, que o risco de lesões uterinas malignas insuspeitadas existe, embora raro, sendo as técnicas de morcelamento as causas prováveis da disseminação peritoneal de certos tumores. Desta forma, na vídeo-laparoscopia pode-se optar pela realização de mini-laparotomia com auxílio do protetor de incisão tipo **SurgiSleeve** ou, extração vaginal para retirada da peça cirúrgica sem morcelamento. Caso opte-se pelo morcelamento elétrico, deve-se utilizar o "**bag**" de retenção (tipo **More-Safe Bag***)* para não ocorrer disseminação de células tumorais.

2.3.1.6 Indicações para Histerectomia: verificou-se que a indicação de histerectomia por miomatose é predominante em nosso meio, o que está em concordância com a literatura. Já as indicações de histerectomia para tratamento de outras condições ginecológicas, quais sejam adenomiose, endometriose e sangramento uterino anormal, apareceram em pequena porcentagem, ou seja, em até 20% (vinte por cento) dos casos. (Sória et al, 2007).

2.3.1.7 O procedimento cirúrgico da traquelectomia radical vaginal (TRV) consiste na ressecção (retirada) do colo do útero, de um segmento do istmo uterino e dos paramétrios e linfonodos pélvicos. Em seguida, o segmento do útero sadio remanescente é reconectado na vagina. Isso possibilita, em casos selecionados, que mulheres que seriam submetidas à retirada total do útero mantenham as chances de ter futuras gestações. A principal indicação para a traquelectomia radical é o tratamento do carcinoma epidermóide ou adenocarcinoma/adenoescamoso de colo uterino, em fase inicial, em mulheres que desejam preservar a fertilidade. O tumor deve estar confinado ao colo uterino e ter até 2 cm (dois centímetros) de diâmetro (estágio clínico IB1), invasão estromal de até 10 mm (dez milímetros), linfonodos negativos e margem negativa de 5 (cinco) mm. Não pode haver evidência de doença extrauterina. Em pacientes com tumores iniciais e desejo de gestar, a traquelectomia radical (vaginal, abdominal ou laparoscópica) com linfadenectomia é considerada o tratamento padrão. A cirurgia inicia com o inventário da cavidade e biópsias de congelação de qualquer lesão suspeita, a seguir a linfadenectomia pélvica com a pesquisa prévia de linfonodo sentinela e, se negativos à congelação, a traquelectomia é realizada. Como o objetivo é preservar a fertilidade, apenas mulheres de até 40 (quarenta) anos são candidatas. A cirurgia preservadora da fertilidade em câncer de colo uterino deve ser oferecida às pacientes, desde que os critérios sejam respeitados. O câncer de colo uterino ocorre em mulheres jovens, em vida reprodutiva e por vezes sem filhos. **Sonoda** e outros autores identificaram que 48% (quarenta e oito por cento) das pacientes submetidas a histerectomia radical no **Memorial Sloan-Kettering Cancer Center**, entre 1985 e 2001, eram elegíveis para cirurgia conservadora (Sonoda, 2004). Embora não exista estudo randomizado, as séries publicadas mostram taxas similares de recorrência e sobrevida da TRV comparada à histerectomia radical.

2.3.1.8 A histeroscopia diagnóstica é considerada exame padrão-ouro no diagnóstico de patologias da cavidade uterina e do canal endocervical, como também para o tratamento de anormalidades intrauterinas, como lise de sinéquias mucosas, retirada ou reposicionamento de dispositivos intrauterinos e remoção de pólipos endocervicais ou intracavitários, procedimentos realizados em nível ambulatorial ou hospitalar. O exame consiste na visualização em tempo real do interior do útero através de um sistema de ótica com microcâmera, o que permite a avaliação de alterações anatômicas e funcionais do endométrio e endocérvice. (Ribeirão Preto, 2023)

2.3.1.9 Indicações para Histeroscopia:

a) Sangramento uterino anormal na menacme e pré-menopausa; descartar as alterações sistêmicas, hormonais e orgânicas; após esgotar os tratamentos clínicos;

b) sangramento na pós menopausa com espessamento endometrial > 4 mm (maior que quatro

milímetros) sem terapia de reposição hormonal (TRH);

c) sangramento na pós menopausa recorrente mesmo sem espessamento endometrial;

d) espessamento endometrial na pós menopausa > 4 mm (sem TRH) visto no ultrassom;

e) suspeitas de anomalia **Mülleriana** (abortos recorrentes, infertilidade, dismenorreia severa, após ser descartadas outras causas, ou exame clínico alterado);

f) Mioma submucoso, a conduta cirúrgica depende de fatores como idade, desejo reprodutivo, presença de sintomas como aumento do fluxo menstrual tanto em quantidade quanto na duração ou metrorragia e, quanto ao tamanho. Este procedimento é adequado em fibromas tipo 0, I e II* (até 4 cm), mas deve dar lugar a miomectomia abdominal, quando se prevê grande manipulação uterina (miomas múltiplos, de grandes dimensões, tipo II) em mulheres que queiram engravidar;

g) Pólipo endometrial: recomenda-se a retirada de todos os pólipos sintomáticos (sangramento irregular, infertilidade), e todos os pólipos, mesmo os assintomáticos, nas pacientes com fatores de risco para hiperplasia endometrial ou acima de 60 anos; ~~e~~

h) Sinéquias intrauterinas; e

i) remoção de dispositivo intrauterino (DIU) quando o fio não é visível~~.~~ (Ribeirão Preto, 2023).

* Grau 0: mioma na cavidade uterina em toda a sua extensão (pediculado); Grau I: mioma maioritariamente na cavidade uterina, sendo o componente intramural inferior a 50% (cinquenta por cento) do seu volume (séssil); Grau II: mais de 50% (cinquenta por cento) do volume do mioma é intramural (séssil).

2.3.1.10 Indicações para endometriose serão abordadas em tópico à parte neste caderno de instrução.

2.3.2 Especificações e Quantidade

2.3.2.1 Materiais necessários para Histeroscopia:

a) 01 (uma) Alça de ressecção bipolar.

b) 01 (um) Equipo de irrigação em bomba para histeroscopia.

2.3.2.2 Materiais necessários para Histerectomia Aberta:

- 01(uma) pinça hemostática para selagem e secção de vasos de 5 (cinco) a 7 (sete) mm.

2.3.2.3 Materiais necessários para Histerectomia Laparoscópica:

a) 01 (uma) pinça cirúrgica, material: aço inoxidável, modelo: hemostática, comprimento haste: 35 (trinta e cinco) a 45 (quarenta e cinco) cm, diâmetro: 5 (cinco) mm, características adicionais: selagem, corte, coagulação de tecidos/vasos até 5mm, compatível com bisturi ultrassónico; ou

b) 01 (uma) pinça cirúrgica, aplicação: eletrocirúrgica bipolar, diâmetro de 5 (cinco) mm, tipo uso: compatível com equipamento, largura: comprimento de aproximadamente 34 (trinta e quatro) cm.

2.3.2.3.1 Demais materiais utilizados na Miomectomia, Histerectomia e Histeroscopia:

a) 01 (uma) agulha de punção para pneumoperitônio (agulha de **Veress**);

b) 01 (um) dispositivo descartável para manipulação do útero e do cérvix;

c) 01 (um) trocater cirúrgico descartável, de 5 (cinco) mm diâmetro, com cânula transparente de 100 (cem) mm com ponta dilatadora, lâmina retrátil tipo estilete com sistema de segurança para evitar perfuração de órgãos;

d) 01 (um) trocater cirúrgico óptico, sem lâmina descartável, de 10 (dez) ou 11 (onze) mm de diâmetro, com cânula transparente de 100 (cem) mm com ranhuras com válvula de segurança para minimizar

vazamento de gás;

e) Hemostático absorvível, composto de tecido 3x entrelaçados de celulose oxidada regenerada, bactericida medindo 5,1 (cinco vírgula um) cm x 10,2 (dez vírgula dois) cm, utilizado para promover hemostasia se necessário e devidamente justificado na descrição cirúrgica;

f) 01 (um) sistema para contenção de derramamento de células durante a alimentação morcelação em cirurgia laparoscópica; e

g) 01 (um) morcelador elétrico descartável.

Obs.: Os casos omissos deverão ser submetidos à Câmara Técnica de Ginecologia do Exército Brasileiro.

2.3.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo, não se aplicando o caráter de urgência.

2.3.4 Exames Comprobatórios

- Relatório médico detalhando quadro clínico e exame físico, e ultrassonografia pélvica/transvaginal.

2.3.5 Honorários Admissíveis para Histerectomia, Histeroscopia, Miomectomia e Traquelectomia - CBHPM:

a) Histerectomia SUBTOTAL: na histerectomia subtotal (parcial) é retirado apenas o corpo uterino, sendo preservado o colo do útero. Atualmente, não existe indicação formal para realizar este tipo de cirurgia. O principal motivo para este tipo de intervenção é a dificuldade técnica durante a cirurgia, de forma a reduzir os riscos de complicações intra e pós-operatórias. Alguns estudos relacionam a preservação do colo uterino com uma melhor condição da saúde sexual.
b) Histerectomia TOTAL: na histerectomia total (completa) é retirado o útero na sua totalidade, o que inclui o corpo de útero e o colo uterino. Este é o tipo de cirurgia mais frequentemente realizada. A principal indicação é miomatose uterina.
c) Histerectomia TOTAL AMPLIADA: na histerectomia total ampliada, para além de ser retirado o útero na sua totalidade e o colo, são retirados também os ligamentos que envolvem o útero (os paramétrios) e a porção superior da vagina. Este tipo de cirurgia é realizado nos casos de doença maligna ginecológica.

Código	**Procedimento: Histerectomia Subtotal**
3.13.03.08-0	Histerectomia subtotal com ou sem anexectomia, uni ou bilateral - qualquer via
3.13.03.20-0	Histerectomia subtotal laparoscópica com ou sem anexectomia, uni ou bilateral - via alta

Quadro 3 - Honorários Admissíveis para Histerectomia Subtotal - CBHPM

Código	**Procedimento: Histerectomia Total**
3.13.03.10-2	Histerectomia total - qualquer via
3.13.03.21-8	Histerectomia total laparoscópica
3.13.03.23-4	Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral

Quadro 4 - Honorários Admissíveis para Histerectomia Total - CBHPM

Código	Procedimento: Histerectomia Total Ampliada
3.13.03.11-0	Histerectomia total ampliada - qualquer via - (não inclui a linfadenectomia pélvica)
3.13.03.12-9	Histerectomia total ampliada com anexectomia uni ou bilateral - qualquer via
3.13.03.22-6	Histerectomia total laparoscópica ampliada

Quadro 5 - Honorários Admissíveis para Histerectomia Total Ampliada - CBHPM

Código	Procedimento: Histeroscopia
3.13.03.17-0	Histeroscopia cirúrgica com biópsia e/ou curetagem uterina, lise de sinéquias, retirada de corpo estranho
3.13.03.18-8	Histeroscopia com ressectoscópio para miomectomia, polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinéquias

Quadro 6 - Honorários Admissíveis para Histeroscopia - CBHPM

Código	Procedimento: Miomectomia
3.13.03.25-0	Miomectomia uterina laparoscópica
3.13.03.14-5	Miomectomia uterina

Quadro 7 - Honorários Admissíveis para Miomectomia - CBHPM

Código	Procedimento: Traquelectomia
3.13.03.16-1	Traquelectomia radical (não inclui a linfadenectomia)
3.13.03.15-3	Traquelectomia – amputação, conização (com ou sem cirurgia de alta frequência / CAF)

Quadro 8 - Honorários Admissíveis para Traquelectomia - CBHPM

2.3.6 Associação de Códigos

- É admitido em um mesmo ato cirúrgico miomectomia uterina laparoscópica e histeroscopia cirúrgica quando há a necessidade de realização de biópsia do endométrio, miomectomia submucosa ou outra necessidade justificada de avaliação da cavidade uterina.

2.4 Autorização para Cirurgias de Endometriose

2.4.1 Bases Técnicas para Cirurgias de Endometriose

2.4.1.1 A endometriose é uma afecção clínica e recorrente caracterizada pela presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina e do miométrio. Acredita-se que 6% (seis por cento) a 10% (dez por cento) das mulheres em idade reprodutiva, 50% (cinquenta por cento) a 60% (sessenta por cento) de adolescentes e adultas com dores pélvicas e até 50% (cinquenta por cento) de mulheres com infertilidade sejam afetadas pela doença. Contudo, em seus estágios iniciais ou em mulheres inférteis assintomáticas e oligossintomáticas, pode ser subdiagnosticada. É considerada uma doença benigna, ocasionalmente acompanhada por tumores ovarianos malignos, especialmente endometrioides e adenocarcinomas de células claras, dependendo do nível de progressão, órgãos adjacentes afetados e recorrência. A suscetibilidade das mulheres que padecem de endometriose depende da interação de

fatores genéticos, imunológicos, hormonais e ambientais~~.~~ (Rosa e Silva, 2021).

2.4.1.2 A endometriose pode se mostrar assintomática em 2% (dois por cento) a 22% (vinte e dois por cento) das mulheres, mas~~,~~ na maioria dos casos, a sintomatologia envolve dismenorreia, dispaurenia, dor pélvica não cíclica, disquesia, disúria, alterações nos hábitos intestinais e, frequentemente, infertilidade. No entanto, a apresentação clínica é muito variável e nenhum desses sintomas é específico para a endometriose, dificultando o seu diagnóstico. O diagnóstico da endometriose pode ser fortemente sugerido por meio de ultrassonografia transvaginal (USTV) com preparo intestinal ou ressonância magnética (RM). O único biomarcador sérico usado com certa frequência em pacientes com endometriose é o CA-125, que mostrou potencial diagnóstico para endometriose moderada/grave. No entanto, o CA-125 apresentou baixa sensibilidade, com valores de 24% (vinte e quatro por cento) a 94% (noventa e quatro por cento) na concentração de corte de 35U/mL. Tem-se, ainda, como padrão-ouro para o diagnóstico de endometriose a laparoscopia associada ao diagnóstico histológico, entretanto, usualmente o diagnóstico é feito de forma não invasiva através de RM ou USTV com preparo intestinal~~.~~ (Rosa e Silva, 2021).

2.4.1.3 Foi proposto o conceito que dividiu a endometriose em três doenças distintas: peritoneal, ovariana e endometriose profunda. A peritoneal caracteriza-se pela presença de implantes superficiais no peritônio; a ovariana, por implantes superficiais no ovário ou cistos (endometriomas); e endometriose profunda, que é definida como uma lesão que penetra no espaço retroperitoneal ou na parede dos órgãos pélvicos, com profundidade de 5 (cinco) mm ou mais~~.~~ (FEBRASGO, 2021).

2.4.1.4 O tratamento clínico é eficaz no controle da dor pélvica e deve ser o tratamento de escolha na ausência de indicações absolutas para cirurgia. Os principais objetivos do tratamento clínico são o alívio dos sintomas álgicos e a melhora da qualidade de vida, não se esperando diminuição das lesões nem cura da doença, mas sim o controle do quadro clínico (FEBRASGO, 2021).

2.4.1.5 O objetivo da cirurgia é a remoção completa de todos os focos de endometriose, restaurando a anatomia e preservando a função reprodutiva, preferencialmente devendo ser realizada por videolaparoscopia. A endometriose retrocervical pode envolver os ligamentos uterossacros, tórus uterino, fórnice vaginal e septo retovaginal. As lesões podem também acometer a parede anterior do retossigmoide. É consenso que se deve realizar a excisão completa dos focos utilizando pontos de referência e dissecção de espaços avasculares da pelve como etapas fundamentais para desfazer a obliteração do fundo de saco e individualizar os órgãos da pelve. (FEBRASGO, 2021).

2.4.1.6 Quadro dos Códigos das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) para Endometriose:

CID	Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
N80	Endometriose
N80.0	Endometriose do útero
N80.1	Endometriose do ovário
N80.2	Endometriose da trompa de Falópio
N80.3	Endometriose do peritônio pélvico
N80.4	Endometriose do septo retovaginal e da vagina
N80.5	Endometriose do intestino
N80.6	Endometriose em cicatriz cutânea
N80.8	Outra endometriose

N80.9	Endometriose não especificada
N73.6	Aderências pélvico-peritoneais
N83	Transtornos não-inflamatórios do ovário, da trompa de falópio e do ligamento largo
N92	Sangramento do útero ou vagina
N97	Infertilidade feminina
R10.2	Dor abdominal e pélvica
Fonte: Kondo W, et al., Codificação em cirurgia de endometriose profunda minimamente invasiva.	

Quadro 9 - Códigos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde para Endometriose

2.4.2 Honorários Admissíveis para Endometriose Peritoneal-CBHPM

2.4.2.1 As cirurgias para tratamento de endometriose peritoneal normalmente são mais simples do que para as outras formas da doença. No entanto, dependendo da extensão e da localização do acometimento pela endometriose peritoneal, mesmo a cirurgia laparoscópica para esta forma da doença pode ainda ser muito desafiadora e necessitar de ureterólise, ressecções próximas à bexiga ou intestino etc.

2.4.2.2 A endometriose pode se implantar em cicatrizes, naturais (umbigo) ou pós-cirúrgicas (umbigo, cesariana, incisões de laparoscopia ou laparotomia, episiorrafia). O tratamento cirúrgico desses implantes parietais envolve a ressecção do nódulo com pequena margem de segurança de modo que se realize a ressecção completa da doença sem, no entanto, remover tecido sadio em exagero. As lesões volumosas (mais de 25 a 30mm) podem necessitar de posicionamento de tela para evitar a herniação. Em casos raros, o nódulo pode ser subaponeurótico e uma abordagem laparoscópica pode ser indicada.

ENDOMETRIOSE SUPERFICIAL		
Código	**Procedimento**	**Justificativa**
3.13.07.18-3	Endometriose peritoneal - tratamento cirúrgico via laparoscópica	Corresponde ao tratamento da endometriose superficial (peritoneal)

Quadro 10 - Honorário Admissível para a Cirurgia de Endometriose Superficial

ENDOMETRIOSE PARIETAL		
Código	**Procedimento**	**Justificativa**
3.13.07.12-4	Ressecção de tumor de parede abdominal pélvica	Tratamento da endometriose da parede abdominal
3.13.07.25-6	Ressecção laparoscópica de tumor de parede abdominal	Tratamento da endometriose da parede abdominal que infiltra abaixo da aponeurose

Quadro 11 - Honorários Admissíveis para a Cirurgia de Endometriose Parietal

2.4.2.3 As lesões de ligamento redondo e septo vesico-uterino são tratadas com ressecção simples. É importante que seja realizada a ressecção do miométrio infiltrado sub-jacente (cerca de 5 a 10mm de

profundidade a depender do comprometimento tecidual) para que a doença seja removida por completo.

2.4.2.4 Dependendo do grau de infiltração da bexiga, a completa ressecção do nódulo pode ser obtida por um **shaving** ou uma cistectomia parcial. No caso da abordagem cirúrgica do nódulo vesical volumoso que acomete as proximidades do trígono e do ureter, a cistoscopia tem papel fundamental. Em situações de infiltração do ureter intravesical ou retrovesical, o reimplante ureteral se faz necessário.

2.4.3 Honorários Admissíveis para Endometriose Profunda - CBHPM:

- As cirurgias para tratamento de endometriose profunda são mais complexas e vão depender do número de implantes, localização, bem como da extensão deles.

TRATAMENTO CLÍNICO		
Código	**Procedimento**	**Justificativa**
3.13.03.29-3	Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal	Tratamento clínico de adenomiose / endometriose.

Quadro 12 - Honorários Admissíveis para o Tratamento Clínico da Endometriose Profunda - CBHPM

TRATAMENTO CIRÚRGICO		
Código	**Procedimento**	**Justificativa**
3.13.03.17-0	Histeroscopia cirúrgica com biópsia dirigida, lise de sinéquias, retirada de corpo estranho	Tratamento de doenças concomitantes intracavitárias e pesquisa de infertilidade Ablação endometrial
3.13.07.20-5	Liberação laparoscópica de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingólise	Liberação de aderências pélvicas de cirurgia prévia ou aderências decorrentes da endometriose
3.13.03.21-8	Histerectomia total laparoscópica	Retirada do útero sem anexos, para tratamento da adenomiose
3.13.03.23-4	Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral	Retirada do útero com os anexos, para tratamento da adenomiose
3.13.03.25-0	Miomectomia uterina laparoscópica	Código por proximidade para realização de adenomiomectomia
3.13.03.15-3	Traquelectomia - amputação, conização	Retirada do colo uterino em mulheres submetidas previamente a histerectomia subtotal
3.13.04.08- 7	Salpingectomia uni ou bilateral laparoscópica	Retirar lesão tubária sem possibilidade de reversão
3.13.04.06-0	Neossalpingostomia distal laparoscópica	Plastia tubária das fímbrias (fimbrioplastia)
3.13.05.03-2	Ooforectomia laparoscópica uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral	Endometrioma em mulheres sem desejo reprodutivo pode ser tratado com ooforectomia. Cistectomia ovariana ou outras técnicas com preservação ovariana deve ser realizada em mulheres com desejo reprodutivo.

3.13.07.18-3	Endometriose peritoneal - tratamento cirúrgico via laparoscópica	Corresponde ao tratamento da endometriose (peritoneal)
3.13.07.27-2	Secção laparoscópica de ligamentos útero-sacros	Tratamento de endometriose infiltrando ligamentos útero-sacros.
3.13.02.02-5	Colpectomia	A ressecção vaginal é necessária em caso de infiltração do fórnice posterior.
3.13.06.06-3	Ressecção de tumor do septo reto-vaginal	Tratamento de endometriose que infiltra o septo reto-vaginal.
3.11.02.50-6	Ureterólise laparoscópica unilateral	O ureter está a cerca de 20mm de distância da inserção cervical do ligamento uterossacro. A ressecção segura dos ligamentos utero-ssacros frequentemente necessita a realização prévia de ureterólise.
3.10.03.79-6	Retossigmoidectomia abdominal por videolaparoscopia	Ressecção segmentar do retossigmóide
3.10.03.59-1	Cirurgia de abaixamento por videolaparoscopia	Ressecção segmentar do retossigmóide com retirada completa do reto
3.11.03.52-9	Cistectomia parcial laparoscópica	Cistectomia parcial extramucosa (**shaving**) para tratamento de nódulo com infiltração superficial do detrusor. Cistectomia parcial (espessura toral) para ressecar nódulos que comprometem até a mucosa

Quadro 13 - Honorários Admissíveis para o Tratamento Cirúrgico da Endometriose Profunda - CBHPM

2.4.4 Associação de códigos

- É admitido em um mesmo ato cirúrgico associação de códigos desde que comprovados através de exames de imagem, e relatório médico detalhado justificando sua real necessidade.

2.4.5 Especificação e Quantidade

2.4.5.1 Materiais necessários para Histeroscopia:

a) 01 (uma) Alça de ressecção bipolar;

b) 01 (um) Equipo de irrigação em bomba para histeroscopia.

2.4.5.2 Materiais necessários para Cirurgia de Endometriose Aberta:

- 01 (uma) pinça hemostática para selagem e secção de vasos de 5 a 7 mm.

2.4.5.3 Materiais necessários para Cirurgia de Endometriose Laparoscópica:

a) 01 (uma) pinça cirúrgica, material: aço inoxidável, modelo: hemostática, comprimento haste: 35 a 45 cm, diâmetro: 5mm, características adicionais 1: selagem, corte, coagulação de tecidos/vasos até 5mm, compatível com bisturi ultrassónico; ou

b) 01 (uma) Pinça cirúrgica, aplicação: eletrocirúgica bipolar, diâmetro de 5mm, largura: comprimento de aproximadamente 34 cm.

2.4.5.3.1 Demais materiais utilizados para Cirurgia de Endometriose Laparoscópica:

a) 01 (uma) agulha de punção para pneumoperitônio (agulha de **Veress**).

b) 01 (um) dispositivo descartável para manipulação do útero e do cérvix.

c) 01 (um) trocater cirúrgico descartável, de 5mm diâmetro, com cânula transparente de 100 mm. Possuir: ponta dilatadora, lâmina retrátil tipo estilete com sistema de segurança para evitar perfuração de órgãos.

d) 01 (um) trocater cirúrgico óptico, sem lâmina descartável, de 10 ou 11 mm diâmetro, com cânula transparente de 100 mm com ranhuras com válvula de segurança para minimizar vazamento de gás.

e) Hemostático absorvível, composto de tecido 3x entrelaçados de celulose oxidada regenerada, bactericida medindo 5,1 x 10,2cm, utilizado para promover hemostasia se necessário e devidamente justificado na descrição cirúrgica.

2.4.5.4 Em casos de concomitância de Miomectomia ou Histerectomia, admite-se:

a) 01 (um) sistema para redução de derramamento de células durante a alimentação morcelação em cirurgia laparoscópica.

b) 01 (um) morcelador elétrico descartável.

2.4.5.5 Os casos omissos deverão ser submetidos à Câmara Técnica de Ginecologia do Exército Brasileiro.

2.4.6 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo, não se aplicando o caráter de urgência.

2.5 Autorização para Cirurgias nas Tubas Uterinas

2.5.1 Bases Técnicas para Cirurgias nas Tubas Uterinas

2.5.1.1 A laqueadura tubária é um método eficaz de anticoncepção, levando muitos casais em todo o mundo, a escolherem essa opção para limitar o número de filhos. Aproximadamente 138 milhões de mulheres no mundo, em idade reprodutiva, já foram submetidas à laqueadura das tubas. A esterilização tubária excisional pode ser realizada através da realização de salpingectomia completa, fimbriectomia distal, ou salpingectomia parcial. Existem outros métodos de esterilização tubária não excisionais, como coagulação monopolar ou bipolar, clips, anéis e outros. A salpingectomia completa bilateral é uma alternativa que tem como vantagem a prevenção do câncer de ovário. Também diminuem a dor pélvica, o risco de nova cirurgia, hidrossalpinge, além de ser o método mais efetivo de esterilização permanente. Entretanto, os estudos referentes a salpingectomia bilateral para esterilização tubária ainda são pequenos e escassos, tanto na avaliação da função ovariana quanto para profilaxia do câncer de ovário.

2.5.1.2 Nas últimas três décadas, a reanastomose microcirúrgica foi realizada para a reversão de esterilização tubária, naquelas pacientes que manifestaram arrependimento e interesse por novas gestações, tendo sido, por décadas, como procedimento tradicional a reanastomose microcirúrgica laparotômica. A cirurgia também pode ser realizada em pacientes através de minilaparotomias e, videolaparoscopia.

2.5.1.3 A hidrossalpinge é um termo que define o acúmulo líquido em alguma das tubas uterinas. É um achado de imagem inespecífico e representa apenas a distensão da trompa uterina devido ao acúmulo de secreções por consequência a obstrução do seu pertuito. Pode ocorrer uni ou bilateralmente e seu aspecto morfológico alterará na dependência do ponto de obstrução (região ampular é o mais frequente, dilatando o segmento ampular residual e infundíbulo). Não tem uma manifestação clínica típica, relacionando-se desde dor pélvica inespecífica até infertilidade. Cerca de 25% das mulheres que clinicamente foram consideradas inférteis têm uma hidrossalpinge caracterizada na sua investigação. Como causas, temos: doença inflamatória pélvica (na sua forma aguda ou como sequela; sendo este último mais frequente), Endometriose e, Histerectomia com preservação de tubas uterinas e ovários. O tratamento da hidrossalpinge depende diretamente das causas que originam o quadro, identificadas

durante a investigação diagnóstica. Normalmente, a indicação inicial é a abordagem medicamentosa, incluindo antibióticos para o combate dos agentes infecciosos e anti-inflamatórios, que controlam os sintomas dolorosos e a inflamação como um todo. Contudo, como a hidrossalpinge pode obstruir as tubas uterinas, parte do tratamento deve concentrar-se em reverter a obstrução, liberando a passagem no interior dessas estruturas. Para isso, a mulher pode receber indicação de intervenção cirúrgica nas tubas. A cirurgia para desobstrução tubária e drenagem dos líquidos acumulados pela hidrossalpinge é feita comumente por videolaparoscopia, um procedimento minimamente invasivo guiado por um equipamento que fornece imagens em tempo real. Nos casos mais graves, quando parte ou a totalidade das tubas foi comprometida pela infecção e pelos resultados do processo inflamatório local, pode ser necessária sua remoção total ou parcial, realizada também por videolaparoscopia.

2.5.1.4 Indicação: laudo de imagem radiológica demonstrando lesão associado ao exame clínico positivo detalhado em prontuário médico.

2.5.2 Honorários Admissíveis para Tratamento Cirúrgico das Tubas Uterinas - CBHPM:

Código	Tratamento
3.13.04.01-0	Cirurgia esterilizadora feminina
3.13.04.05-2	Cirurgia esterilizadora feminina laparoscopia
3.13.04.02-8	Neossalpingostomia distal
3.13.04.06-0	Neossalpingostomia distal laparoscópica
3.13.04.03-6	Recanalização tubária – qualquer técnica, uni ou bilateral (com microscópio ou lupa)
3.13.04.07-9	Recanalização tubária laparoscópica uni ou bilateral
3.13.04.04-4	Salpingectomia uni ou bilateral
3.13.04.08-7	Salpingectomia uni ou bilateral laparoscópica

Quadro 14 - Honorários Admissíveis para Tratamento Cirúrgico das Tubas Uterinas – CBHPM

2.5.3 Especificação e Quantidade

2.5.3.1 Materiais necessários para cirurgia tubária aberta:

- 01 (uma) pinça hemostática para selagem e secção de vasos de 5 a 7 mm.

2.5.3.2 Materiais necessários para cirurgia tubária laparoscópica:

a) 01 (uma) pinça cirúrgica, material: aço inoxidável, modelo: hemostática, comprimento haste: 35 a 45 cm, diâmetro: 5mm, características adicionais 1: selagem, corte, coagulação de tecidos/vasos até 5mm, compatível com bisturi ultrassónico; ou

b) 01 (uma) pinça cirúrgica, aplicação: eletrocirúgica bipolar, diâmetro de 5mm, largura: comprimento de aproximadamente 34 cm.

2.5.4 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo, não se aplicando o caráter de urgência. Exceto para casos de prenhez ectópica e abscesso tubo-ovariano.

2.6 Autorização para Cirurgias Ovarianas

2.6.1 Bases Técnicas para Cirurgias Ovarianas

2.6.1.1 A ooforectomia é a cirurgia para remoção de um ou dos dois ovários, sendo indicada principalmente quando há risco de desenvolvimento de câncer de ovário, ou para o tratamento de

abscesso no ovário, endometriose, cistos, outros tumores ou torção ovariana.

2.6.1.2 Indicação: a ooforectomia pode ser indicada pelo médico após a realização de exames ginecológicos e de imagem, como ultrassom pélvico ou transvaginal, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, em que são identificadas alterações ou formação de massas no ovário.

2.6.2 Especificação e Quantidade

2.6.2.1 Materiais necessários para cirurgias ovarianas abertas:

- 01 (uma) pinça hemostática para selagem e secção de vasos de 5 a 7 mm.

2.6.2.2 Materiais necessários para cirurgia ovariana laparoscópica:

a) 01(uma) pinça cirúrgica, material: aço inoxidável, modelo: hemostática, comprimento haste: 35 a 45 cm, diâmetro: 5mm, características adicionais: selagem, corte, coagulação de tecidos/vasos até 5mm, esterilidade: compatível com bisturi ultrassónico; ou

b) 01 (uma) pinça cirúrgica, aplicação: eletrocirúgica bipolar, diâmetro de 5mm, largura: comprimento de aproximadamente 34 cm.

2.6.2.3 Demais materiais utilizados:

a) 01 (uma) agulha de punção para pneumoperitônio (agulha de **Veress**).

b) 01 (um) trocater cirúrgico óptico, sem lâmina descartável, de 10 ou 11 mm diâmetro, com cânula transparente de 100 mm com ranhuras com válvula de segurança para minimizar vazamento de gás.

c) 01 (uma) bolsa para acondicionamento órgãos e espécimes, tipo: uso em videocirurgia, material: plástico, abertura: com aro metálico, volume: cerca de 200ml, adicionais: com sistema introdutor, compatibilidade: para trocater de 10mm.

2.6.2.4 Os casos omissos deverão ser submetidos à Câmara Técnica de Ginecologia do Exército Brasileiro.

2.6.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo, não se aplicando o caráter de urgência. Exceto torção ovariana e abscesso tubo-ovariano.

2.6.4 Honorários Admissíveis para Cirurgias Ovarianas - CBHPM:

Código	**Procedimento**
3.13.05.03-2	Ooforectomia laparoscópica uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral
3.13.05.01-6	Ooforectomia uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral
3.13.04.02-8	Translocação de ovários

Quadro 15 - Honorários Admissíveis para Cirurgias Ovarianas – CBHPM

REFERÊNCIAS

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Endometriose**. São Paulo: FEBRASGO, 2021. Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose. Disponível em: www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ2021Z49Z-Z3.pdf. Acesso em: 09 fev. 2024.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Lesões pré-invasivas da vulva, da vagina e do colo uterino**. São Paulo: FEBRASGO, 2021. Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, n. 7/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica. Disponível em: https:// sogirgs.org.br/area-do-associado/Lesoes-pre-invasivas-da-vulva-da-vagina-e-do-colo-uterino-2021.pdf. Acesso em: 09 fev. 2024.

KONDO, William *et al*. Codificação em cirurgia de endometriose profunda minimamente invasiva. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 13, n. 84, p. 12408-12425, 2023.

RIBEIRÃO PRETO (Município). **Protocolo de Encaminhamento de Histeroscopia**. Ribeirão Preto-SP: Prefeitura Municipal, 2023. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude25520
2304.pdf. Acesso em: 6 mar. 2024.

ROSA e SILVA, J. C. *et al*. **Endometriose**: Aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. In: Femina. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2021. v. 49, n. 3, p. 134-141. Disponível em: www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ2021Z49Z-Z3.pdf. Acesso em: 29 fev. 2024.

SÓRIA, H. L. Z. *et al*. **Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas**: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil? Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 29, n. 2, p. 67-73, fev. 2007.

VERDIANI, L. A.; JULIATO, C. R.; DERCHAIN, S. F. M. Carcinoma da vulva: epidemiologia e aspectos clínicos. **Rev Centro de Referência**, Campinas, v.2, p. 86-90, 1997.